

STOFBRUG, STOFafhængighed OG SUBSTITUTIONSBEHANDLING: FRA MORFIN TIL METADON

Helle Vibeke Dahl

Det er i dag en udbredt antagelse, at stofmisbrug og stofafhængighed først og fremmest er et spørgsmål om sammenhængen mellem stof og adfærd, forstået på den måde at det er stofferne i sig selv og deres virkning, der har frembragt en stor gruppe af socialt marginaliserede og på en lang række områder svært belastede stofmisbrugere. Hensigten med denne artikel er at vise, at der står meget mere på spil.

I sine forsøg på at komme stofproblemerne til livs har samfundet især satset på to redskaber: kriminalisering og behandling. Disse former for respons har på deres side været af afgørende betydning for den situation og de handlemuligheder, som stofmisbrugere i og uden for behandlingssystemet har måttet forholde sig til gennem de sidste mange år. Med Danmark som hovedeksempel vil jeg i det følgende illustrere, hvordan brugen af opiatier såvel som samfundets holdninger og interventioner i forhold hertil har undergået forandringer gennem de seneste godt og vel 100 år.

Artiklen falder i fire dele. Den første del er en introduktion til og problematisering af de begreber, som anvendes i forhold til karakteristikken af stof(mis)brugsproblematikken. Det drejer sig først og fremmest om begreberne stofmisbrug og afhængighed. I anden del opridses udviklingen af opiatforbrugets historie fra den overvejende lægeudskrevne morfin til heroinens indtog i 1970'erne. Her vises det, at morfinbrugerne indtil 1940'erne repræsenterede alle samfundslag og at fænomenet ikke gav anledning til den moralsk fordømmelse, samfundsdebat og -indgriben, som det blev tilfældet, da socialt afvigende grupper forbrug af stimulanser efter 2. verdenskrig og ikke mindst nye og yngre grupper af brugere med hidtil ukendte forbrugsmønstre, blev synlige i løbet af 1960'erne. Tredje del omhandler behandlings-tiltagenes historie. Fokus hviler her på metadonbehandlingen, som i løbet af de seneste 20 år har udviklet sig til at blive den dominerende behandlingsform på området, og som fra begyndelsen og til i dag synes at være kendetegnet ved en halvhjertet eller modvillig behandlingsindsats, et dilemma, som dybest set synes at bestå i moralsk og politisk modvilje mod at behandle stofafhængighed med et afhængighedsskabende middel. Den fjerde

og sidste del handler om brugernes perspektiver på metadon og metadonbehandling. Det vil her fremgå, at samfundets ambivalens til såvel stofmisbrug, stofmisbrugere og metadonbehandling afspejler sig i metadonbrugernes oplevelser af behandlingen, det være sig som klienter i behandlingssystemet såvel som borgere. På trods af at de i deres hverdag får mulighed for at erstatte det illegale stofbrug med legal medicin, er det en gennemgående oplevelse, at deres 'stofmisbrugerstatus' hænger ved, og at systemet fastholder dem i en marginaliseret og uværdig position.

Formålet med denne artikel er altså kort sagt at beskrive stofmisbrug som et samfundsmæssigt produceret problem og skal ses som et forsøg på at nuancere den relativt rodfæstede forestilling om, at stofmisbrugere er karakter- og viljesvage personer, der dybest set selv er skyld i deres elendighed. Artiklens historiske vinkel på kriminalisering og behandling af stofmisbrug viser, at stofmisbrugere skabes af særlige samfundsmæssige vilkår, hvilket på sin side skaber de billeder, der fremstilles af dem. Stoffers og stofbrugeres status er således hverken statisk eller absolut, men udvikles i et samspil mellem ideologiske, moralske, politiske og videnskabelige fortolkninger, definitioner og interventioner.

1. Begrebsbrug: stofbrug, stofmisbrug og afhængighed

Ifølge Sundhedsstyrelsens seneste rapport over narkotikasituationen i Danmark skønnes det, at der på landsplan er 25.500 stofmisbrugere, heraf 6.000 som udelukkende er misbrugere af hash.¹ Altså formodes der at være omkring 20.000 personer, som er afhængige af heroin eller andre opioider. Afhængighed defineres af Sundhedsstyrelsen som »et mere vedvarende forbrug af narkotika, som medfører fysiske, psykiske og/eller sociale skader.« (Sundhedsstyrelsen 2004). Myndighedernes opgørelse over omfanget af det, der også går under betegnelsen narkotikaproblemet, introducerer de benævnelser, som stofbrug og stofbrugere er udstyret med: (stof)misbrug/ (stof)misbrugere og afhængighed/afhængige.

I daglig tale er ordene brug og forbrug forholdsvis neutrale termer, men sammenkoblet med rusmidler aktiveres det lille ord 'mis' som en påmindelse om, at der er andet og mere på spil end sundhedsmæssige risici, hvilket bl.a. fremgår af den følgende udmelding: »Sundhedsstyrelsen anvender ikke betegnelsen misbrug om de legale rusmidler – nikotin og alkohol. I stedet taler man om storforbrug.« (Sundhedsstyrelsen 2000). Definitionen af misbrug og storforbrug understreger myndighedernes sondring mellem og konsekvenser af det lovlige henholdsvis det ulovlige forbrug af rus- og nydelsesmidler. Denne skelnen er dog i lighed med den betydning, de en-

1 Sundhedsstyrelsens beregning bygger på den såkaldte capture-recapture-metode (2004:26) og indbefatter stabiliserede stofafhængige, herunder altså også personer i metadonbehandling.

kelte substanser tillægges, hverken statisk eller universel. Set i et historisk og tværkulturelt lys er der betydelige forskelle på, hvad der betragtes som socialt acceptabelt og uacceptabelt, legalt og illegalt og skadeligt og ikke-skadeligt (Dahl 2004). Gennem tiderne har definitioner og kategoriseringer af rusmidler og deres sociale, juridiske og medicinske status, undergået stadige forandringer (Gossop 2000). Brug af rusmidler har været kendt i langt de fleste samfund, men har også været underlagt forskellige former for kontrol, rækkende fra totalt forbud over lovgivningsmæssige eller rituelle restriktioner til samfundsgruppers interne sociale kontrol.² Man kan på denne baggrund konstatere, at det ikke blot er stoffernes farlighed og virkninger, der afgør, hvad der er (ulovligt) misbrug, og hvad der er acceptabelt forbrug. Det giver ligeledes anledning til at understrege, at begrebet misbrug ikke i udgangspunktet er knyttet til spørgsmål om afhængighed og skadelighed. (Asmussen & Jöhncke 2004:15).

De klassificeringer og forståelser, som givne rusmidler omfattes med er ikke uden konsekvenser for brugerne. Begrebet stofmisbrug var i den første halvdel af 1900-tallet forbeholdt et ikke lægeligt ordineret forbrug af opiatrer og centralstimulerende stoffer såsom morfin og amfetamin, i betydningen 'forkert' brug og med diagnosen *abusus medicamentalis* (Nimb 1975).³ Fra 1970'erne har betegnelserne narkoman og stofmisbruger været anvendt relativt synonymt om personer med et intravenøst brug af illegale stoffer, især heroin. Disse begreber rummer en række negative forståelser og forestillinger om stofmisbrugere, bl.a. som kriminelle, upålidelige. løgnagtige osv. I de senere år er der nærmest gået inflation i misbrugsbegrebet i takt med samfundets syn på og lovgivningens vej bort fra opdelingen mellem 'hårde' og 'bløde' stoffer, som gjorde sig gældende fra 1960'erne og frem til

-
- 2 I den historiske og etnografiske litteratur findes talrige eksempler på, at rusmidler, som i vor del af verden og samtid betragtes som »misbrugsstoffer«, har spillet ganske andre roller, det være sig medicinsk såvel som i religiøse, sociale og rekreative sammenhænge. Det gælder bl.a. marihuana (Rubin & Comitas 1975; Solomon 1966), og det gælder opium, som i årtusinder har tjent som universalmiddel mod alskens syg- og dårligdomme, inden det gled ind som rekreativt rusmiddel i såvel arbejderklassen som i de mere velhavende kredse (Berridge 1999; de Quincey 1822/1971; Musto 1973).
 - 3 Lægen Mogens Nimb påpeger i sin doktorafhandling fra 1975, at definitionen af misbrug er blevet noget usikker, i og med at sociale normer i stigende grad gør sig gældende. Han henviser dog til, at begrebet dækker over en klinisk realitet, idet der næsten altid findes fast etablerede medicinske normer for lægemidlers anvendelse. Fra et lægeligt synspunkt er misbrug således et faktum, når medikamenter indtages uden lægelig indikation eller uden for det lægelige indikationsområde (fx når stoffer af morfingruppen anvendes som andet end smertestillende) og/eller i væsentlig større doser, hyppigere eller på anden måde end ordineret (fx når tabletter opløses til injektion) samt på en sådan måde, at brugeren pådrager sig skader af fysisk, psykisk eller social art, dvs. som regel ikke primært, men følgetilstande efter brug, der overskrider det af lægen anviste. (1975:158-159)

1990'erne. I dag henregnes al brug af ulovlige euforiserende stoffer officielt under misbrug. Således er betegnelserne hashmisbruger, ecstasymisbruger og weekendmisbruger gledet ind i sprogbrugen – uden skelnen til, om der er tale om et rekreativt og en til særlige lejligheder begrænset brug af stoffer eller et afhængigt brug. Men det er ikke længere alene euforiserende stoffer eller medicin, der forbindes med misbrug. I samme periode er der sket en markant ændring eller rettere udvidelse af afhængighedsbegrebet. Afhængighed anvendes således ikke bare om forholdet til rusmidler, men forbindes med alt, hvad der opfattes som uønsket, illegitim eller overdreven form for adfærd, herunder forholdet til mad, spil, følelser, arbejde m.m. (Cohen 2000; Peele 1990).

En nyligt publiceret antologi *Brugerperspektiver – fra stofmisbrug til socialpolitik* (2004) indeholder en række artikler, der på hver deres måde berører og problematiserer den herskende begrebsbrug på rusmiddelområdet. Antologiens redaktører sammenfatter problematikken således: »Fremkomsten og betydningen af kategorierne misbrug og misbruger er udtryk for et kompliceret samspil mellem de virkninger, man anser et stof for at have, stoffets lovgivningsmæssige status, dets måder at blive anvendt på (fx moderat eller overdrevent) og dets brugeres sociale status.« (Asmussen & Jöhncke 2004:15). De introducerer i denne forbindelse begrebet politisk farmakologi som udtryk for den mekanisme, der tildeler forskellige grupper af brugere (af legale stoffer) og misbrugere (af illegale stoffer) forskellig placering i lovgivningen og samfundslivet. Hermed peges der på den rolle, som politiske fortolkninger og beslutninger i sidste ende indtager, og som – under henvisning til samfundets samlede interesser og legitimeret af specialister og fagfolk – er afgørende for definitionen af, hvad og hvem der udgør problem og problemgruppe (ibid.) Det er med afsæt i dette perspektiv, at jeg i det følgende vil se på, hvordan stofbrugs- og misbrugsproblematikker er blevet forstået og beskrevet i Danmark i perioden 1880 og frem til i dag. Det er især brugen af morfin og andre opiater, der har været genstand for opmærksomhed. I og med at udskrivningen af disse stoffer så at sige har været lægens bord⁴, er det også læger, der på nærmeste hold har fulgt og på skrift bidraget med undersøgelser af og refleksioner over balancen mellem de tilsigtede medicinske virkninger og bivirkninger i form af rus og afhængighed. Derudover har myndighederne i en række officielle betænkninger og rapporter gjort det muligt at følge, hvordan det medicinske og rekreative stofbrug er blevet beskrevet, problematiseret og i stigende grad kriminaliseret.

4 Indsmugling er et fænomen, der først begynder at gøre sig gældende fra begyndelsen af 1970'erne.

2. »Narkotikaproblemet historik«

I sammenligning med USA blev narkotikaproblemet i Danmark formuleret ret sent.⁵ I virkeligheden var det først med Indenrigsministeriets Betænkning om misbrug af euforiserende stoffer fra 1953, at vi fik et »narkotikaproblem«. Det betyder ikke, at problemer som følge af brug af stoffer var et ukendt fænomen, men det havde overvejende været opfattet som et medicinsk anliggende og ikke som et samfundsproblem. I løbet af 1800-tallet og ikke mindst med opfindelsen af injektionssprøjten i 1850'erne, var morfinafhængighed blevet et stigende problem især i USA. I Danmark har misbrug af lægeordineret medicin været kendt siden sidste halvdel af 1800-tallet. På trods af diverse stramninger af receptregler på morfin- og opiumspræparater samt diverse revisioner af apoteker- og lægelovning gennemført fra slutningen af 1800-tallet og frem, synes forbruget af legalt udskrevet morfin pr. indbygger imidlertid at have ligget betydeligt højere end i de lande, Danmark sædvanligvis sammenlignede sig med, heriblandt de skandinaviske nabolande og Tyskland (Nimb 1975: 18-19). Indtil 2. verdenskrig havde dette forhold dog ikke givet anledning til større skrupler eller betænkeligheder, og det var frem til 1953-betænkningen et fænomen, der som sagt i forsknings- og behandlingsmæssig henseende næsten udelukkende var genstand for medicinsk interesse.⁶

2.1 Morfinisme – et spørgsmål om klasse og stand

Et af de tidligste hjemlige eksempler på forskning på området findes i Knud Pontoppidans doktorafhandling *Den Kroniske Morfinisme* fra 1883, hvor han med henvisning til en række cases beskriver morfinbrugets udbredelse og morfinisme som en sygdom, der udvikles i forbindelse med et vanemæssigt forbrug. Han gør dog klart, at det ikke er en sygdom, som rammer alle og enhver. »Det viser sig, at det udelukkende er fra den højere Stand og den saakaldt dannede middelklasse, at Morfinisterne rekrutteres; i alt Fald er det

5 Med vedtagelsen af the Harrison Act i 1914 blev alle former for ikke medicinsk brug af euforiserende stoffer ulovliggjort i USA, hvorved såvel læger og brugere, der fortsatte henholdsvis udskrivning og brug blev gjort kriminelle og retsforfulgt. I England blev det med the Rolleston Act i 1928 derimod fastslået, at stofmisbrug var et sundheds- og samfundsmæssigt problem, hvorved den stofafhængige skulle betragtes som klient med ret til behandling. (Berridge & Edwards 1981; Musto 1973)

6 K.O. Møller udgav i 1945 antologien »Stimulanser«, en populærvidenskabelig publikation, hvor medicinere og samfundsforskere samledes om at formidle den eksisterende viden og forskningsresultater om nydelses- og rusmidler. Med eksempler på 'rusgiftenes hærgen' i USA (bl.a. marihuana og kokain, som endnu ikke syntes at have nået Danmark) og fokus på de negative konsekvenser af rusmiddelbrug (alkoholisme, morfinisme) lægger Møller op til at foregribe »de vidtrækkende Følger [af brug] saa vel for det enkelte Menneskes som for Samfundets sociale og sundhedsmæssige Forhold.« (Forord).

en ren Undtagelse, naar vi se Sygdommen komme til Udvikling i den egentlige Arbejder- eller Landbostand« (1883: 16). At det ikke blot er et spørgsmål om økonomi, men først og fremmest klasseskilleforhold, der er bestemmende for hvem der forfalder til hvilket rusmiddel, gør Pontoppidan rede for på følgende måde: »Mere væsentligt er det dog, at en saadan Patient [fra arbejder- eller landbostanden] vanskeligere faar smag for Midlet, fordi dets særlige Virkninger ere af den natur, at han ikke formaar at goutere dem (...) Jo mere Ens Arbejde er et overvejende tankearbejde og stiller Fordringer til Ens aandelige vigeur, desto lettere foranlediges man til at tage vedvarende brug af Morfinen som psykisk Oplivelsesmiddel. Heri ligger Grunden til, at Alkoholen vil vedblive at være Proletarernes, de legemlig Arbeidendes Nydelses- og Piringsmiddel, medens Morfinen og Absinthen⁷ true med at tiltvinge sig en tilsvarende Betydning for de højere Stænder.« (ibid.: 16-17).

Ifølge Pontoppidan repræsenteres brugergruppen i slutningen af det 19. århundrede altså af folk fra de bedrestillede kredse, heriblandt læger og andre personer med let adgang til morfin. Af publikationer fra midten af 1940'erne fremgår det, at læger, apotekere og andet sundhedspersonale fortsat tegner sig for en betydelig andel af den befolkningsgruppe, der udvikler forfaldenhed og bliver slaver af det, som med professor dr. med. K.O. Møllers ord kaldes for »den tyranniske rusgift« (1945:9). Hans kollega professor Helweg uddyber, hvor nemt det er for sundhedspersonalet at holde sig forsynet: »Det er klart, at hvis Morfinisten selv er Læge, saa han selv kan skrive Recepterne, benyttes denne Udvej. Ogsaa Lægehustruen har let Adgang til Morfin, og Apotekere, som direkte kan tage af Krukken, eller Sygeplejersker, som har Adgang til et Hospitals Medicinskab, kan ogsaa skaffe sig Morfin uden synderlig Møje og Risiko.« (Helweg 1945:266). Offentliggjorte hospitalsstatistikker viste fx, at fra en fjerdedel til halvdelen af de til afvænnning indlagte morfinister var læger (Helweg 1945:266). Ud fra datidens registreringer anslog Møller – med det han selv kaldte et groft skøn baseret på den samlede forbrugte morfinmængde, at antallet af danske morfinister lå på omkring 600 personer, og at det dermed ikke umiddelbart udgjorde noget større samfundsproblem (Møller 1945: 16).

2.2 Behandling af morfinafhængighed i 1940'erne

Datidens morfinister, der fordelte sig forholdsvis ligeligt mellem mænd og kvinder, synes ikke at have været udsat for nævneværdig social fordømmelse, i hvert fald i det omfang, de med en stabil forsyning kunne passe deres arbejde og øvrige sociale forpligtelser (Helweg 1945; Strömngren 1946). Men fra den lægelige synsvinkel var der stigende erkendelse af risikoen ved

7 Absinth er en stærk spiritus (68% alkohol), som i sidste del af 1800-tallet og begyndelsen af 1900-tallet især var populær i forfatter- og kunstnerkredse, specielt i Frankrig, og brugt med mådehold mente man, at drikken gav »en klar hjerne« (Gads Rusmiddelleksikon 1999).

det vanemæssige forbrug. Professor dr. med. Helweg redegør i en artikel for morfinismens behandlingsmuligheder. Han skelner mellem forskellige typer af morfinister og grader af afhængighed. Patienter med kroniske smertefulde lidelser, som medicineres for at holde smerterne i ave, udgør i denne sammenhæng ikke noget problem, selv om der med tiden kan blive tale om afhængighed. Hvad angår lægerne, om hvem Helweg mente, at det ikke ville være »ganske urimeligt at betegne Morfinismen som en Erhvervssygdom« (ibid.: 266) samt den gruppe, der oprindeligt havde fået morfin som led i et sygdomsforløb, men som havde udviklet »morfinhunger«, var det vanskeligere. Selvom det blev betragtet som lægens naturlige pligt at forsøge at gennemføre en fornuftig afvænnning, fandtes der dog vilje til at udskrive den nødvendige medicin for at afværge »moralisk nedbrydende« handlinger og forfald: »... saa kan han gaa og passe sin Morfinisme, og hvis hans Læge taalmodigt forsyner ham med recepter, paavirkes han forholdsvis lidt deraf, og først hvis man standser Morfinleverancen, udbryder de svære Følger, Morfinhungeren og Morfinjagten« (ibid.: 270). Selvom det skønnedes at være sjældne tilfælde, var der dog også personer, som anvendte morfin og andre lægeordnede stimulanser for den euforiserende virknings skyld og »... som er kommet ind paa det vanemæssige Brug gennem en selskabelig Sammenkomst, hvor Morfin ligefrem er blevet »serveret« som Nydelsesmiddel« (ibid. 262). Både Helweg (1945) og Strömgren (1946), sidstnævnte også professorer i medicin med speciale i psykiatri, gav udtryk for bekymring over den potentielle risiko for »smitte«, som morfinbrug af sjælelige eller nydelsesmæssige årsager repræsenterede. De peger med eksempler på, hvordan narkomane læger med deres liberale forhold til receptudskrivinger kan få en epidemi til at blomstre op, og hvordan patienter undergår til tider voldsomme personlighedsforandringer og bliver en belastning for såvel de nære omgivelser som for samfundet. For lægerne var udfordringen i denne sammenhæng at forholde sig professionelt til diverse mere og mindre overbevisende historier og klager over diffuse smerter og bortkomne recepter, flasker, der er gået itu osv. fra egne og kollegaers patienter, som er kommet »i stoffets vold« (ibid.).

Afhængigt af de enkelte praktiserende lægers holdninger og individuelle vurderinger bestod datidens behandling af morfinisme altså dels i fortsat receptordinering af morfin eller andre opiatholdige lægemidler, dels i gradvis afvænnning af vekslende varighed og/eller indlæggelser på hospital. Med hensyn til fuldstændig og varig afvænnning erkendtes det, at resultaterne generelt var begrænsede, hvilket blev tilskrevet det forhold, at kun de færreste lod sig overbevise om, at langvarig hospitalsindlæggelse, også efter gennemført afvænnning, var nødvendig (ibid.⁸) Man fornemmer både alvor

8 Indlæggelse og behandling foregik især på lukkede afdelinger på datidens sinds- sygehospitaler for hermed at afskære patienterne fra at skaffe sig/bruge anden medicin end den eventuelt ordinerede.

og frustration, når datidens læger på baggrund af deres praksiserfaring og med henvisning til samfundets moralske pligt over for den syges manglende vilje- og dømmekraft efterlyser et retligt grundlag for at tvangsindlægge og navnlig tvangstilbageholde morfinafhængige også efter den umiddelbare afvænnings. Som Strömrgren formulerer det, er dansk lovgivning på dette punkt »defekt« og kan kun tages i anvendelse, når morfinisten forbryder sig mod landets love (1946:528). Helweg anfører imidlertid, at morfinister kun i sjældne tilfælde står tiltalt for andre forbrydelser end ulovlig fremskaffelse af morfin, dvs. receptforfalskninger og andet bedrageri, hvilket som regel straffes med indlæggelse til afvænnings (1945:282).

2.3 Overgangsperioden – fra lægeordineret morfinisme til kriminaliseret stofmisbrug og socialt problem

Fra et nutidsperspektiv er det et noget andet billede, der tegner sig af de morfinafhængige brugere i tiden frem til 1940'erne end det, der er blevet nutidens heroinafhængige stofbrugere og metadonbrugere til del. Som Nimb forklarer – med henvisning til 1953-betænkningen – begyndte den kroniske morfinisme som et eksklusivt fænomen, der i første omgang vandt udbredelse i medicinske og beslægtede professioner for derefter at vinde indpas i de mere velstillede kredse og klasser, som havde råd til at søge lægebehandling. I takt med at de økonomisk dårligere stillede samfundsklasser i løbet af 1900-tallet fik adgang til lægehjælp, spredtes morfinmisbruget imidlertid til andre og større dele af befolkningen (1975: 19). Introduktionen af de nye syntetiske morfinpræparater i 1930'erne og 1940'erne gjorde ikke sagen bedre. De blev ofte ordineret med lind hånd og i starten tilsyneladende i overbevisning om, at de var mindre afhængighedsfremkaldende end de hidtidige morfinpræparater. Dette forhindrede dog ikke, at de i lighed med amfetamin hurtigt blev eftertragtede rusmidler i kredse, som i forvejen havde politiets bevågenhed. Det drejede sig ifølge Indenrigsministeriets betænkning fra 1953 om »... kredse af folk, der er blevet eufomane for eufomaniens skyld, navnlig i københavnske havnekvarterer og med tilknytning til nogle københavnske kaffebarer (...) alle personer, der er gået nogenlunde til bunds i samfundet og alene lever for euforiserende stoffer, på samme måde som kroniske alkoholister lever for deres alkohol.« (Indenrigsministeriets betænkning 1953: 63). Modsat de klassiske morfinister, som kun sjældent kom i konflikt med loven, var Nyhavnseufomanerne, som de blev kaldt, en kriminelt belastet gruppe, hvor stofbrugen i langt de fleste tilfælde først var begyndt, efter at den kriminelle løbebane var betrådt (Winsløw 1984). Det skal indskydes, at diskussionen, om kriminaliteten eller stofmisbruget kommer først stadig lever i bedste velgående og udgør et centralt omdrejningspunkt for samfundets politiske og sociale interventioner (Christie 2000; Regeringen 2003).

Jacob Winsløw betegner i sin bog Narreskibet fra 1984 nyhavnseufomanerne som et overgangsfænomen mellem den klassiske morfinisme og

det moderne stofmisbrug, der for alvor blev et synligt problem i slutningen af 1960'erne. Ungdomsnarkomanien, som dette fænomen blev døbt, var kendetegnet ved en ny og yngre gruppe stofbrugere rekrutteret fra alle lag, som indtog stofferne i kliker og overvejende i nydelseshensigt (Sundhedsstyrelsen 1968:7). Der var ikke alene tale om en ny gruppe af brugere, men også et nyt mønster for stofbrug, hvori indgik hash, marihuana, amfetamin og morfinpræparater. Selvom det fremstilledes som et antalsmæssigt beskedent problem, der begrænsede sig til det storkøbenhavnske område, fremkaldte det betænkeligheder hos myndighederne, »... fordi det var politiets indtryk, at der udfoldedes en vis aktivitet for at hverve nye medlemmer til klikerne« (ibid. 7- 8). Tilgangen af unge stofbrugere med et problematisk og intravenøst brug af især morfinbase (»unge, som sprøjter sig med euforiserende stoffer«) spredte sig de kommende år til hele landet og var i de tidlige 1970'ere vokset i en grad, der gav anledning til frygt for amerikanske tilstande. Ikke mindst betød introduktionen af heroin, der i løbet af 1970'erne i stigende grad afløste de efterhånden sværere tilgængelige morfinpræparater, at myndighederne for alvor slog alarm.

En række undersøgelser fra hospitaler, fængsler og misbrugsinstitutioner op gennem 1970'erne viste, at der blandt brugerne var en klar overrepræsentation af unge fra ufaglærte arbejderhjem, fra brudte hjem, med en opvækst præget af belastninger, herunder forældres alkoholmisbrug, grov og gentagen fysisk vold fra voksne i hjemmet, institutionsophold samt afbrudt eller kortvarig skolegang og minimal tilknytning til arbejdsmarkedet (Haastруп 1973; Holstein & Jersild 1976; Kontaktudvalget 1978 & 1979; Narkotikaudvalget 1972 m.fl.). Undersøgelser fra slutningen af 1990'erne og frem til i dag af stofafhængige⁹, som har været i kontakt med behandlingssystemet (stoffri døgnbehandling og substitutionsbehandling), viderefører billedet af en særdeles belastet gruppe, det være sig fysisk, psykisk og socialt. Hertil kan føjes, at især mange kvinder (ca. 40%) under opvæksten har været udsat for seksuelle overgreb¹⁰, samt at de mandlige stofmisbrugere tegner sig for et stadig højere stofrelateret kriminalitetsniveau med mange afsoninger til følge (Pedersen et al. 1997; Pedersen 2000; 2001 & 2005).

En væsentlig pointe i Winsløws arbejde fra 1984 er, at de kontrolpolitiske stramninger, som gennemførtes fra slutningen af 1960'erne, har bidraget til

-
- 9 Personer visiteret til behandling pga. et afhængigt og/eller ukontrolleret heroin- og opiatforbrug, primært intravenøst. Der har dog sjældent været tale om et rent heroin- eller opiatforbrug, idet de fleste har suppleret med – eller bevidst forsøgt at kontrollere opiatforbruget med div. legale og illegale euforiserende stoffer, især hash, nerve- sovemedicin, amfetamin, kokain, illegal metadon og alkohol.
- 10 Det var først i løbet af 1980'erne, at incestproblematikker og seksuelle overgreb blev et tema i samfundsdebatten. Den konstaterede sammenhæng med senere udvikling af stofmisbrug har i løbet af 1990'erne ført til at spørgsmålet figurerer i visse standardiserede spørgeskemaer til forskningsbrug, bl.a. ASI (Addiction Severity Index).

en elendigørelse af de moderne stofmisbrugerens tilværelse, som langt overgår tidligere tiders opiat- og stofafhængige: »Den grad af selvdestruktion, som det danske samfund i dag lader opiatmisbrugeren udsætte sig for, overskrider langt den grad af selvdestruktion, som den stofhungrende klassiske morfinist måtte udsætte sig for.« (Winsløw 1984:87).¹¹ Han peger på »det forkastelige i, at det politisk-administrative system stiller mennesker overfor valget mellem *enten* at holde op med at tage opiat og substitutter herfor, *eller* at udsætte sig for bl.a. langvarige fængselsstraffe og en dødsrisiko som er 25 gange større end ikke-brugeres« (ibid., *original kursivering*). Selvom Winsløws konstateringer ligger 20 år tilbage, er de for så vidt stadig lige aktuelle. Nutidens stofmisbrugere er en marginaliseret gruppe med en stærkt forhøjet dødelighed, som kan tilskrives dårlige levevilkår, forgiftninger og sygdomme, herunder hiv og hepatitis (Sundhedsstyrelsen 2004).¹² Kontrolpolitikken spiller fortsat en central rolle, og myndighedernes forsøg på at inddæmme og håndtere stofmisbrugsproblemer ved hjælp af lovstramninger og strafskærper kan forekomme ufrugtbar og til tider endeløs. Fakta er oven i købet, at såvel danske som udenlandske erfaringer og resultater med en restriktiv kontrolpolitik ikke har båret den forventede frugt. Fx har USA op gennem hele det 20. århundrede tegnet sig for en særdeles repressiv kontrolpolitik, men selv de gentagne krigserklæringer og -handlinger mod stoffer, som »The War on Drugs« og nul-tolerance-politikken har produceret fra 1970'erne til i dag, har langt fra løst endsige dæmpet stofproblemet. Til gengæld synes fattigdoms-, race-, minoritets- og stofproblemer at gå hånd i hånd, mens fængselsindustrien blomstrer (Bourgois 1995; Christie 2000).

Hensigten med ovenstående gennemgang af udviklingen af det illegale stof- og opiatbrug i Danmark – skal ses som baggrund for den følgende præsentation af de behandlingsmæssige interventioner, som er blevet udbygget i løbet af 1970'erne og frem til i dag. Men først lidt om forskellige perspektiver på stofafhængighed.

11 Kontrolpolitikens officielle formål er dels at forhindre efterspørgsel af narkotika (ved forebyggelse og behandling), dels standse eller begrænse udbuddet (nationalt og vha. internationalt samarbejde). Gode oversigter over kontrolpolitikens udvikling findes i Laursen & Jepsen (2001) samt Winsløws artikel »Kriminaliseringens sociale konsekvenser« (1985), hvor han diskutere de tilsigtede og de utilsigtede følger af kriminaliseringen af narkotika.

12 Rigspolitiets dødsfaldsstatistik registrerede 245 narkotikadødsfald (80% mænd – 20% kvinder) i 2003, et svagt fald i forhold til 2002, hvor der registreredes 252 narkotikarelaterede dødsfald.

3. Stofmisbrugsbehandling før og nu

Stofafhængighed er igennem tiderne blevet betragtet som en last, en sygdom, en social og kriminel afvigelse, en neurokemisk forstyrrelse og som et symptom på bagvedliggende psykosociale forstyrrelser og problemer (Conrad & Schneider 1992; Ege 2004). Årsagerne til udviklingen af et stofmisbrug og/eller psykisk afhængighed (i betydningen stoftrang, kontroltab og tilbagefald) er der dog langt fra enighed om. På trods af en udbredt erkendelse af, at årsagsforholdene er komplekse, har sygdomsmodellen de senere år fået fornyet vind i sejlene (Ege 2004), og stofafhængighed betragtes i dag i overvejende grad som en kronisk sygdom (Mc Lellan 2002) og mere specifikt som en sygdom i hjernen (Volkow 2003). Dette afspejler sig i de måder, som behandlingen af heroin og andre opiater gribes an på, men selvom der inden for begge lejre opereres med et sygdomsbegreb er der groft sagt tale om to modsatrettede behandlingsformer. Det drejer sig på den ene side om de stoffri behandlingsmodeller, først og fremmest inden for 12-trins-ideologien, der bygger på den antagelse, at stofafhængighed er en genetisk dispositioneret og livsvarig sygdom, som kun kan standes i sit forløb ved totalt ophør og afholdenhed fra alle sinds- og stemningsændrende midler, inklusiv alkohol (AA 1985; Dahl 1999). I modsætning til afholdenhedsmodellen hviler substitutionsbehandling på den grundantagelse, at opiatafhængighed er en sygdom, som på grund af sin kroniske karakter må behandles medicinsk med lægeordnede midler. Der er således tale om to behandlingsparadigmer, hvor det ene repræsenterer behandling med henblik på stoffrihed, det andet behandling med vedligeholdelsesmedicin. Det er dog alene substitutionsbehandlingen, der i kraft af sin udbredelse som medicinsk vedligeholdelsesterapi skal fokuseres på i det følgende.

3.1 Substitutionsbehandling

Medicinvedligeholdelse er som sådan ikke nogen ny metode, hvilket et blik tilbage i historien viser. Da heroinen blev syntetiseret i 1898, mente man fx, at man stod med et både sikkert og ikke-afhængighedsskabende stof. Heroin blev bl.a. markedsført som mirakelkuren mod morfinafhængighed. Morfin blev på sin side fundet velegnet i behandlingen af kokainafhængighed, og såvel morfin og kokain har med vekslende held været brugt til at kurere alkoholafhængighed (Gossop 2000; Palmer & Horowitz 1982).

Som nævnt er morfinafhængighed i dansk sammenhæng i vid udstrækning blevet behandlet med morfin eller morfinlignende stoffer. De syntetiske morfinpræparater, som kom på markedet i slutningen af 1930'erne og efter 2. verdenskrigs afslutning, bl.a. petidin, metadon og Butalgin, fandt snart anvendelse som smertestillende midler, men også som erstatning for morfin. Mogens Nimb forklarer i den forbindelse, at de nye syntetiske analgetika (smertestillende præparater) i lang tid blev anset for at være relativt ufarlige: »Disse stoffer blev derfor af mange læger ordineret med en liberalitet, som

man i hvert fald bagefter kunne fristes til at kalde skødesløshed.« (Nimb 1975:19). Han anfører desuden, at grunden til at Butalgin (et af handelsnavnene for metadon) så hurtigt spredtes i misbrugskredse bunder i, at det først i 1952 blev omfattet af opiumsloven og dermed af straffelovningen.

3.2 Metadonbehandlingens epoke

I dag er substitutionsbehandling i form af metadonbehandling¹³ klart den dominerende form for stofmisbrugsbehandling såvel herhjemme som i de fleste vestlige lande.¹⁴ Metadon er handelsnavnet på et syntetisk morfinvirkende stof, som blev fremstillet af tyske kemikere under 2. verdenskrig.¹⁵ I 1947 satte medicinalfirmaer i USA og Europa metadon i produktion, og det blev efterfølgende forhandlet som smertestillende middel under en lang række handelsnavne, heriblandt Dolophine og Butalgin (Gerlach 2004), men blev som nævnt også anvendt til afvænnning af heroinafhængige i USA (Joseph et al. 2000) og Danmark (Nimb 1975).

Startskuddet for metadonbehandlingsæraen var imidlertid et vellykket forsøg med en lille gruppe heroinafhængige i USA i 1964, udført og beskrevet af lægen Vincent Dole og psykiateren Marie Nyswander. Indtaget som piller eller mikstur viste det sig, at metadon – forudsat passende dosering – blokerer for abstinenssymptomer i 24-36 timer, reducerer stoftrang samt blokerer for heroinens euforiserende virkning. Ikke mindst de tidlige forsøg viste, at patienter, der var blevet stabiliserede på metadon, blev så 'normaliserede', at de kunne resocialiseres og reintegreres som nyttige samfundsborgere (Dole & Nyswander 1965).

Kort fortalt baserede Dole og Nyswander sig på dén teori, at opiatafhængighed skyldes en metabolisk (stofskifte) forstyrrelse, dvs. en permanent og fysiologisk ubalance, som kun lader sig behandle med længerevarende og formodentlig livsvarig tilførsel af opiater (ibid.). Eller som den danske læge Mogens Nimb, der efter et besøg i USA i 1966 bragte metadonbehandlingen til Danmark, mere jordnært forklarer i et nyligt interview: »Dole mente groft sagt, at nogle mennesker ikke rigtigt kunne fungere ordentligt uden at få tilført et morfinlignende stof som metadon i kroppen, fuldstændig ligesom diabetikere ikke kunne undvære insulin« (Jourdan 2003). Dole og

13 Metadonbehandling kendes under flere betegnelser, herunder især substitutionsbehandling, metadonvedligeholdelse, vedligeholdelsesbehandling, medicinsk misbrugsbehandling og metadonunderstøttet behandling.

14 Metadonbehandlingen i Danmark adskiller sig på en række områder fra såvel de øvrige skandinaviske lande som resten af Europa, herunder i organisering og adgang til metadonbehandling, og ingen andre lande, bortset fra Holland, anvender så meget metadon som Danmark (Ege 2000).

15 De allierede konfiskerede ved krigens afslutning alle tyske patenter, heriblandt »metadonopskriften« (Gerlach 2004). Formålet med den oprindelige udvikling samt udbredelsen af metadon er omgærdet af en række historier og myter i såvel forsker- som brugerkredse (Dahl, kommende).

Nyswander erkendte tidligt, at den medikamentelle behandling ikke kunne stå alene, men skulle følges op med andre støttende foranstaltninger. Metadonbehandling kendetegner således frem til i dag – ideelt set i hvert fald – en behandlingsform, der kombinerer medicinsk og psykosocial behandling (Dole & Nyswander 1965, Ege 2004). Der findes dog store variationer i praksis, herunder bl.a. hvordan den medicinske behandling og den psykosociale indsats prioriteres – både ude i verden (Rosenbaum 1985, D'Aunno & Vaughn 1992, Frantzen 2001) og herhjemme (Asmussen & Kolind 2005; Pedersen 2001).

Talrige undersøgelser har gennem de sidste 30-40 år dokumenteret og fremhævet, at metadonbehandling reducerer brugen af heroin og andre opiater, nedbringer kriminelle aktiviteter især i form af berigelseskriminalitet, nedsætter brugen af heroin og begrænser intravenøs stofindtagelse hermed også risikoen for smittespredning af hiv/aids (f.eks. Farrell et al. 1994, Joseph et al. 2000, Marsch 1998, Pedersen 2001). Herudover peger nogle undersøgelser på, at dødeligheden hos de behandlede reduceres betydeligt – samt at det sociale funktionsniveau kan forbedres, også i en sådan grad, at uddannelse og arbejde vil kunne påbegyndes eller genoptages (Capplehorn et al. 1993; Ege 2004). Ikke desto mindre – og selvom holdningerne generelt er blødt op inden for de seneste år – anses længerevarende metadonbehandling den dag i dag som en ret kontroversiel behandlingsform. Dette kan primært tillægges ideologiske og moralske grunde. Modstanden kommer især til udtryk fra folk og kredse, som holder stoffrihed frem som det eneste rette alternativ til stofafhængighed. Nogle af de her hyppigst fremsatte argumenter fremhæver dels det uforsvarlige dels det paradoksale i – at erstatte et illegalt afhængighedsskabende stof med et legalt lægemiddel, der besidder mindst lige så afhængighedsskabende egenskaber (Ege 2004).

Det var som sagt Mogens Nimb, der introducerede metadonbehandlingen i Danmark i slutningen af 1960'erne¹⁶. Især sundhedsmyndighederne var dog længe forbeholdne over for at bruge metadon i behandlingen af stofmisbrug, bl.a. fordi de tidlige danske metadonforsøg ikke havde demonstreret tilstrækkeligt overbevisende resultater, hvad angik behandlingens resocialiserende effekter. Herudover frygtedes det, at længerevarende metadonbehandling ville svække motivationen for at blive stoffri gennem deltagelse i de ofte langvarige pædagogiske og socialpsykologiske behandlingsprogrammer. Det var dog ikke mindst den kendsgerning, at så mange patienter på længerevarende metadonordination havde et fortsat og udbredt forbrug af illegale stoffer samt risikoen for videreförhandling og misbrug af illegal metadon, der gav anledning til bekymring (Kontaktudvalget 1979). Derfor

16 Selvom metadonbehandling frem til 1996 overvejende blev varetaget af de praktiserende læger – i København også administreret fra etablerede private ambulatorier – skete det fra midten af 1980'erne i et gradvis større samarbejde med det sociale behandlingssystem.

anbefalede Kontaktudvalget i sin rapport fra 1979, at der også fremover blev vist tilbageholdenhed med metadonordinationer. Man tilkendegav dog, at det ville anses for forsvarligt at iværksætte længerevarende metadonunderstøttede behandlingsforløb for de hårdest belastede stofmisbrugere (ibid.). Fem år senere signaleredes der dog – med Behandlingsudvalgets rapport At møde mennesket hvor det er (Alkohol- og Narkotikarådet 1984) – en holdningsændring og en åbning i retning af en skadesreducerende indstilling til stofmisbrugsbehandlingen og dermed anvendelsen af metadon.¹⁷ Erkendelsen af, at det eksisterende behandlingssystem på afgørende områder ikke havde udviklet sig i takt med stofmisbrugets udvikling og stofmisbrugernes ændrede livsbetingelser og -vilkår, resulterede blandt andet i følgende anbefaling: »For at få en svært belastet, socialt, fysisk og psykisk nedbrudt målgruppe i tale, er det af afgørende betydning, at man forsøger at møde klienten der, hvor han/hun befinder sig, og giver hjælpen et indhold, der opleves som meningsfuldt og rationelt af klienten. Konsekvensen heraf vil bl.a. være, at man må opgive det hidtidige krav om stoffrihed som betingelse for hjælp og i stedet forme tilbuddene således, at de er på niveau med stofmisbrugernes umiddelbare behov.« (Alkohol- og Narkotikarådet 1984).

Sundhedsstyrelsen har siden 1985 registreret antallet af stofmisbrugere i længerevarende metadonbehandling (dvs. i mere end fem måneder), og det fremgår, at der siden 1985 er sket en stigning fra 897 indskrevne personer i metadonbehandling (Sundhedsstyrelsens Alkohol og Narkotikastatistik 2001) til 5229 ved udgangen af 2003 (Sundhedsstyrelsen 2004). Da ansvaret for al substitutionsbehandling, inklusive ordination, udlevering og kontrolforanstaltninger overgik til amterne i 1996, skete det med henblik på at sikre et entydigt ansvar for sammenhængen mellem metadonordination og den øvrige behandling. Denne organisering har efterhånden frembragt et vist mål af sammenhæng mellem metadonbehandling og supplerende socialfaglige indsatser, men der er fortsat betydelige variationer såvel mellem som internt i de enkelte amters behandlingspolitik og praksis, lige såvel som i behandlingsprogrammernes intensitet og kvalitet.

De centrale argumenter for brug af metadonbehandling i Danmark hviler i dag – politisk og behandlingsmæssigt – på et skadesreducerende grundlag (Narkotikarådet 1999; Asmussen & Dahl 2002). Det indebærer, at der ikke hverken primært eller umiddelbart fokuseres på stoffrihed. Det offentliges indsats og tilbud retter sig derimod mod at begrænse og afhjælpe de skader, som typisk opstår i kølvandet på et misbrug af illegale stoffer. Det gælder

17 Skadesreduktion er den danske oversættelse af begrebet »harm reduction« og refererer til en international ideologi og bevægelse, der baserer sig på en pragmatisk tanke- og tilgang til stof(mis)brug. Således anses den primære opgave at bestå i at begrænse de skader af såvel fysisk, psykisk og social art, som brugen af stoffer kan forårsage, uden at kræve, at brugen af stoffer nødvendigvis ophører eller reduceres. (Asmussen & Dahl 2002; Narkotikarådet 1999).

både de individuelle skader, som stofmisbrugerne påfører sig selv, og dem, de udsætter omgivelserne for.¹⁸

I det såkaldte Metadoncirkulære fra 1995 angav Sundhedsstyrelsen retningslinjerne for ordination af afhængighedsskabende lægemidler. Den tidligere omtalte frygt for, at metadonen skulle blive genstand for videresalg eller misbrug, bevirkede, at anvisninger på og formålet med kontrolforanstaltninger fylder meget. Lokale fortolkninger af cirkulæret har ikke desto mindre bevirket store forskelle på, hvordan kontrolelementerne praktiseres. De mest almindelige kontrolfunktioner består i overvåget indtagelse (for at sikre, at indtagelsen sker, ikke bliver injiceret og ikke forhandlet), overvågede urinprøver (for at kontrollere, at der ikke indtages andre euforiserende stoffer) og stikmærkekontrol (ved mistanke om fortsat injektionsbrug). I en nylig revision af Metadoncirkulæret (2003) er afsnittet om kontrolforanstaltninger nedtonet, og det understreges, at formålet med kontrollen flyttetsfra patienten til behandlingen. Formuleringen »Urinkontrol og klinisk vurdering kan indgå i den løbende vurdering af, om behandlingsmålet opnås«, er dog så fortolkningsbar, at brugerne ikke nødvendigvis har oplevet det som en ændring i forhold til deres egen behandling.

4. Professionelle modeller og brugerperspektiver på metadonbehandling

Substitutionsbehandling med metadon er i årenes løb blevet undersøgt og evalueret i den ene undersøgelse efter den anden, og effekten er som nævnt veldokumenteret. Undersøgelser af, hvordan brugerne oplever denne behandlingsform, har været mere sparsomme, men de findes. Det er ikke desto mindre slående, at mens de overvejende kvantitativt baserede undersøgelser gang på gang har fastslået metadonbehandlingens positive effekter (reduktion i såvel det illegale opiatforbrug, berigelseskriminalitet, helbredsskader som adfærdsrisici), har kvalitative undersøgelser af brugernes erfaringer ofte henledt opmærksomheden på dilemmaer og de negativt oplevede sider af behandlingen (Bourgeois 1997; Jöhncke 1997; Koester et al. 1999). Inddragelsen af brugernes perspektiver bringer ikke desto mindre andre værdisæt, forståelser og omverdenssyn frem i lyset, som kan være med til at sætte veletablerede forståelser og selvfølgeligheder i relief. Som det antydes med titlen *Ilde hørt?* Den larmende tavshed om etnografisk rusmiddelforskning (Dahl 2004), synes der imidlertid ikke at være den store vilje til lydhørhed over for brugernes perspektiver på og erfaringer med stofbrug og behand-

18 Et lignende skred mod en større åbenhed i forhold til en mere skadesreducerende holdning og indsats har bredt sig til de fleste europæiske lande i løbet af 1990'erne, for nylig også til Norge, der som konsekvens af de officielle afholdenheds- og stof-frihedsmålsætninger indtil for få år havde forbud mod brug af metadon.

ling. Om det skyldes manglende interesse, eller det måske opfattes som uvelkomne budskaber fra mennesker på samfundets bund, er der vel ikke noget entydigt svar på. Et alternativt bud er, at vores kulturelle vantænkning om stofbrug og stofbrugere hviler tungt på den antagelse, at problemet er iboende stofferne selv (ibid.: 65).¹⁹ Forestillingen om, at stofferne medfører afhængighed og kriminalitet, udgør en ret fasttømret forståelse, som nærmest automatisk aktiverer billedet af en stereotyp person kendetegnet ved afvigende social identitet og adfærd. Vi skal ikke desto mindre kun små 100 år tilbage for at konstatere, at det ikke er stofafhængighed, der i eller – for den sags skyld – af sig selv producerer kriminalitet, illegale stoffer, stigmatiserede brugere og afvigende adfærd. Som tidligere beskrevet var de klassiske morfinister mænd og kvinder fra over- og middelklassen, som levede og fungerede med 'deres vane', uden at det betød social ulykke og fornedrelse. Det er ligeledes værd at erindre sig, at de klassiske morfinister indtog betydeligt større doser end de senere generationer af stofmisbrugere, hvis forbrug har været langt mere begrænset og uregelmæssigt (Nimb 1975; Winsløw 1984). Springet fra datidens morfinbrugere – der uanset om de var afhængige eller nydelsessyge og med Pontoppidans ord (1883) indtog rusmidler som »psychish Oplivelsesmiddel« eller som supplement til det »aandelige Vigeur« – til nutidens metadonklienter, der dagligt må stille sig op i køen på metadonklinikken for at få udleveret deres metadonmikstur eller -pille, er lige så langt som springet i tid og lige så stort som skilleskillet.

Perspektiver på, modeller og fortolkninger af stof(mis)brug og metadonbehandling varierer alt efter, hvem der giver sit bud, og hvilket forhold vedkommende har til rusmidler. Ifølge den amerikanske antropolog Michael Agar (1985) kan man skelne mellem to typer forståelses- og fortolkningsmodeller, som han betegner »de professionelle« og »de folkelige«. De modeller, som har størst gennemslagskraft, udgår fra de politiske, juridiske, medicinske, kliniske og forskningsbaserede diskurser. Den viden og information, som disse modeller med deres ofte overlappende perspektiver videreformidler om rusmidler og rusmiddelbrugere, får indflydelse på de politiske beslutninger, som træffes vedrørende diverse foranstaltninger på området. De 'professionelle' modeller er således de dominerende, og det er dem, der repræsenterer de officielle, socialt sanktionerede syn på euforiserende stoffer og brugen af dem. Brugernes modeller får derimod ikke mange chancer, når afgørende beslutninger angående lovligheden af deres brug af og erfaringer med rusmidler bliver truffet. Og når det drejer sig om metadonbrugernes forståelsesmodeller, synes der nærmest at være tale om

19 Den belgiske rusmiddelforsker Tom Decorte vender sig stærkt mod denne form for kulturel vantænkning eller farmakocentrisme, som han kalder det. Med sine studier af kontrolleret og ukontrolleret kokainbrug har han ønsket at demonstrere, at afhængighed ikke er iboende stoffet, men ligger i den menneskelige erfaring. (2001).

systematisk udeladelse. Lad mig derfor afslutningsvis invitere på besøg på en af velfærdsstaten Danmarks metadonklinikker for på denne måde at bidrage med et tidsbillede af, hvordan behandling foregår og opleves her i begyndelsen af det nye årtusinde.²⁰ På trods af de bedste etnografiske intentioner om at forstå metadonbehandlingen fra et insider-perspektiv, er det dog i sidste ende forskerens formidling og fortolkning af det sette, hørte og oplevede, der hermed bringes videre.²¹

Jeg vil i det følgende fokusere på nogle af de subjektivt oplevede fordele og ulemper ved metadonbehandlingen for at illustrere, at den ambivalens, der gives udtryk for, kan ses som en direkte afspejling af samfundets ambivalente holdninger til såvel metadon og stofbrug som – de socialt og ofte temmelig belastede – stofbrugere.

4.1 Metadonbehandling set gennem en feltnote

»Metadon er noget værre lort. Når man først er kommet på det, så er det ikke til at komme ud af igen!« Ordene falder en mørk vintermorgen. Vi er en lille flok, der står og tripper og skutter os i den frostkolde blæst, mens vi venter på, at metadonklinikken åbner. En fyr tager tråden op, siger, at det er rigtigt nok, at metadon er noget stads, men han vil ikke desto mindre nødig undvære det. »Ja vi er ved at være for gamle til det dér ræs,« fastslår en yngre kvinde med et skævt smil. »Jamen det er også den måde, det sætter sig i kroppen på«. »Ja det gnaver sig helt ind i knoglerne. Jeg siger dig...« Flere taler i munden på hinanden. Jeg opfatter dog de foregående bemærkninger som startskuddet til, at der berettes om diverse oplevelser med såvel påtvungne som frivillige forsøg med afgiftninger og nedtrapninger. Muskelsmerter, kulderysterelser afløst af svedeture og andre fysiske reaktioner udgør tilsyneladende den mindste del af abstinenssymptomerne, selv om de er nok så ubehagelige. Der er et par stykker, der fortæller, at det var tilstrækkeligt til, at de opgav efter nogle dage, selv om de havde »taget en kold« på eget initiativ. Flere fremhæver, at det værste er, at man ikke kan sove – og dét i op til flere uger. »Jeg var ved blive fuldstændig skør til sidst. Det gør jeg ikke igen, i hvert fald ikke frivilligt,« siger en yngre mand med eftertryk. »Nej jeg skal heller ikke nyde noget foreløbig,« lyder det fra en

20 Materialet stammer fra et nyligt afsluttet etnografisk feltarbejde (dataindsamling via deltagelse, observation og interviews) udført i forbindelse med et ph.d.-stipendium. Projektet med arbejdstitlen »Metadon og hverdagsliv« er en udløber af en større kvantitativ undersøgelse af metadonbehandling i Danmark, som Center for Rusmiddelforskning påbegyndte i 1999 (Pedersen 2001). Ph.d.-stipendiet er finansieret af Statens Samfundsvidenskabelige Forskningsråd, som hermed takkes.

21 Der er som tidligere nævnt lokale og regionale forskelle på, hvordan metadonbehandlingen er organiseret. Feltarbejdet har fundet sted over længere tid og på forskellige typer klinikker. De beskrevne brugerperspektiver og -erfaringer er dog hverken ene- eller enkeltstående. Tak til både brugere og klinikpersonale for at lukke mig ind.

fyr, som overtrumfer ved at fortælle, at han først sov mere end en time ad gangen efter tre måneder. »Det er på grund af alle de benzo'er, du har rendt og taget,« afbryder en kvinde. Han svarer, at det her skete sidste gang, han var i døgnbehandling, og at det først er nu, han er begyndt at tage piller. De forskellige tilkendegivelser, der fremkommer, udtrykker ikke desto mindre bred enighed om, at man bliver meget mere afhængig af metadon end af heroin, og selvom det bestemt også er hårdt, så er en kold tyrker fra heroin at foretrække frem for de ubehagelige og ofte langvarige abstinenssymptomer, som følger en metadonudtrapning. »Ja metadon er noget, Fanden har skabt,« fastslår ham, der indledte samtalen, og går hen og rykker i håndtaget ind til klinikken. »Nej det var sgu' nazisterne, der opfandt metadonen,« råber en af de ældre i flokken efter ham, og henvendt til os andre fortsætte han: »I starten blev det kaldt for Adolfine, altså fordi det blev opkaldt efter Adolf Hitler....«

De holdninger, der kommer til udtryk i dette lille uddrag, har jeg sammenfattet under begrebet ambivalens. Selv om der her kun i mindre grad er fokus på de positive erfaringer med metadon, så fremgår det, at uden metadon 'er man på den'. Der er kun to alternativer, nemlig at blive 'syg' – eller tilbagevenden til det usikre og hektiske liv, til jagten på penge og stoffer. I mine interviews med brugerne om, hvad metadonen har betydet for dem, giver de ofte en slags dobbeltsvar, uden at det nødvendigvis foregår i den rækkefølge, som det præsenteres her. I den ene del af et typisk svar betones de mere praktiske og/eller fysiske og/eller psykiske lettelser, som bevidstheden om, at den daglige metadondosis er sikret, bevirker: »Det holder mig rask, jeg behøver ikke stresse rundt og lave penge« eller »Jeg slipper for alle de der bekymringer, altså hvordan jeg skal skaffe til mit næste fix, hvordan kommer jeg ud af sengen, når jeg ikke har til mit morgenfix og alt det der.« Nogle hæfter sig især ved de medicinske eller psykiske virkninger: »Metadonen... det lægger godt nok låg på, du får ikke hang til de hårde stoffer, vel«. Mange fremhæver, at det først og fremmest har givet ro: »Jeg har fået ro i sindet« eller »Jeg har fået ro og fred til at finde min vej«.

Man kan på denne baggrund konstatere, at metadonen virker efter hensigten, og hermed bekræftes de tusindvis af effektevalueringer, som er produceret gennem tiden: Metadon virker stabiliserende, det giver ro og dæmper stoftrang. Hermed reduceres ikke bare forbruget af illegale stoffer og injektionsbrug med deraf følgende forbedring af helbred og reduktion af smittecycler, men også den stofrelaterede kriminelle aktivitet. Men ovenstående er som sagt kun den ene side af brugerens oplevelser med metadon. Når de positive sider er nævnt, står forbeholdene, beklagelserne og bekymringerne ofte i kø. Umiddelbart kan det lyde, som om det er metadonen i sig selv, dets farmakologiske virkninger og måde at binde sig til kroppen på, der får brugerne til at forbande det og erklære det for »de ondes« opfindelse – om det så er fandens eller nazisternes værk. Frem for at tage dem på ordet og tolke deres ambivalens alene som et spørgsmål om 'at være eller ikke ville

være afhængig af metadon', vil jeg pege på, at der er andre og mere betydningsfulde ting og forestillinger på spil. Og det handler ikke om metadonen i sig selv, men om de systemer og personer, der råder over og administrerer metadonen og i sidste ende om samfundets syn på brugergruppen.

Jeg vil i det følgende diskutere tre forhold, som går igen i mine feltnoter og interviews, og som jeg i min foreløbige analyse har kategoriseret under temaerne »frygten for at miste sin metadon«, »oplevelsen af at føle sig fastholdt eller fanget« og »at miste sin værdighed, sit selvværd.«

At miste sin metadon

Den tryghed det giver at vide, at man har sin metadon i behold, har også en bagside, som for mange er konstant nærværende. Nemlig frygten for at miste den. Man skal ikke opholde sig i miljøet ret længe for at forstå, at den er ret udbredt og tæt forbundet med det faktum, at det er de færreste, der er i stand til – eller som ønsker helt at stoppe brugen af rusmidler, selvom de får den daglige dosis metadon.

Mange brugere har været indskrevet i behandlingssystemet i mange år og fået metadon i endnu flere. En del havde frem til amternes overtagelse af metadonbehandlingen i 1996 fået metadon ved egen læge, mange havde af forskellige årsager haft adskillige lægeskift. Som efterfølgende indskrevet i de amtslige misbrugscentre har de således gennem tiden oplevet, hvordan regler, krav og sanktioner er blevet ændret. Det være sig fra mere til mindre restriktive holdninger til urinkontrol og konsekvenser af såkaldt urene urinprøver; fra begrænsede til mere lempelige muligheder for hjemtageordninger samt variationer i praksis omkring udlevering og metadonindtagelse, accept af eller mangel på samme i forhold til brug af alkohol, hash og diverse former for nerve- og sovemedicin. Ikke så få – især blandt de ældre – har på et eller andet tidspunkt oplevet at blive udtrappet som konsekvens af et fortsat brug af illegale stoffer. Det sætter sig sine spor, som det fremgår af det følgende citat fra en kvinde, som kun alt for tydeligt husker, hvor galt det gik, da hun for år tilbage fik en 'lynnedtrapning' og var ved at gå til bunds. Først efter et par år vovede hun igen at søge metadonbehandling, men på trods af risikoen for at blive opdaget, har hun ikke helt kunnet holde sig fra de forbudte stoffer: »Omkring metadon... hvis man nu har aflagt en urinprøve, så 'ej hvis man mister den!' Husk nu, jeg har prøvet det en gang før, ikke. Altså, man går søvnløs en hel weekend ikke også, og hvad sker der og hvad nu hvis? Det kører bare rundt i knolden på én... Og min behandler den her gang, hun har forklaret mig 'Jamen, vi er her jo for at hjælpe dig, vi er her altså ikke for at ødelægge dit liv vel'. Men altså, det har du bare svært ved at tro på, ikke!«

De, der henter metadonen dagligt, kan have en frygt for at blive trappet helt ud, hvis tålmodigheden med dem pludselig skulle slippe op. De, der

henter nogle gange om ugen eller får med hjem til en uge ad gangen, frygter til gengæld at skulle hente hver dag. Og uanset at læge og klinikpersonale forsikrer, at man ikke bare trapper folk ud, så har man jo hørt om eller kendt nogen, der er 'blevet smidt ud', eller man har som nævnt måske selv prøvet det. Truslen lurer konstant.

At føle sig fastholdt eller holdt fanget

Mange giver udtryk for at føle sig fastholdt eller holdt fanget, det være sig i bestemte og uønskede roller eller situationer. Rækken af kontrolteknikker: klinikpersonalets observerende blik, den overvågede indtagelse²², de overvågede urinprøver osv. gør, at brugerne ikke føler sig set som de mennesker, de nu engang er, og som personer taget alvorligt. »Man bliver fastholdt i misbrugsidentiteten,« som det siges. En midaldrende mand uddyber det på denne måde: »De ser mig bare som ham misbrugeren. Og okay, jeg har da lavet lidt af hvert i min tid, men jeg er sgu blevet meget medgørlig med årene, nærmest tam.(...) Hvis jeg fx har taget en lille streg, så siger jeg det. Men de vil have en pisprøve alligevel. Jeg mener ... det koster godt nok samfundet mange penge at bevise, at der var coke i, og så kan jeg bare stå der med mit 'Hvad sagde jeg!' Forstår du, hvad jeg siger?« Klinikpersonalet bliver af brugerne ofte afkrævet begrundelser for anvendelsen af de forskellige kontrolteknikker. Men såvel forklaringen om, at det er til brugerens eget bedste, som at det alene har til formål at sikre, at behandlingen virker, preller i det store hele af. Brugerne har svært ved at forstå kontrollen som andet end et udtryk for mistillid, og mistillid er som bekendt ikke den bedste grobund for at etablere en behandlingsrelation.

En anden side af oplevelsen af at blive fastholdt går mere på følelsen af ikke at blive taget alvorligt – eller endog at blive talt fra det, når man fx fortæller, at man egentlig godt kunne tænke sig at arbejde på at komme helt ud af metadonen. En bruger, som betegner sig selv som en mønsterbruger (»Jeg passer mine aftaler, kommer en gang om ugen og har ikke noget sidemisbrug«) fortæller således om sine hidtil forgæves forsøg på at hente støtte og opbakning til en mere langsigtet nedtrapningsplan: »De har taget røven på mig og gjort mig afhængig, jeg har gået i det for længe. De skulle have givet mig den nedtrapning, jeg gerne ville have haft dengang. Nu har jeg sagt, at jeg vil stoppe. Ikke her og nu, altså, ikke bare sådan... for jeg ved, jeg har brug for, at de er med på sidelinjen for ellers kunne jeg jo bare selv... Men de modarbejder mig, jeg føler de modarbejder mig. Det er som om de gerne vil have at jeg skal blive i det. Så har de ikke mere ballade med mig, det er

22 Nogle steder kræves det, at brugeren efter at have drukket sin metadon takker eller ønsker 'god dag' for at sikre, at miksturen er sunket og ikke smugles med ud.

sådan de tænker, ikke også.« Forestillingen om, at behandlere og samfundet i det hele taget blot vil slippe for 'mere ballade', trives i det hele taget bredt. »Jeg ser sådan på det... os misbrugere, de vil have os pacificeret,« forklarer en. Nogle giver udtryk for, at de har resigneret og affundet sig med, at »den står på metadon resten af livet«, og heriblandt er en del både tilfredse med og trykke ved tanken (dog lurar truslen). Andre konstaterer mere kynisk, at de er blevet »parkeret på metadon«.

At miste sin værdighed

Oplevelsen eller erkendelsen af, at man som metadonbruger repræsenterer en særligt underordnet social kategori, er ikke ualmindelig. En mandlig bruger fortalte i et interview, at han som aktiv stofmisbruger nok havde følt sig på kanten af det 'normale' samfundsliv; men han havde trods alt haft sin »selvstændighed« og »faglige stolthed« i behold. Som metadonbruger derimod følte han sig overmandet af formynderi og degraderet til samfundets allerlaveste trin: »Metadonsystemet har taget den sidste rest af min selvrespekt. Jeg er blevet til en ikke-borger.« Andre nøjes med at konstatere, at de føler sig som andenklassens eller andenrangsborgere. Det kan være i forhold til det øvrige samfund generelt, eller når de i situationen bliver afvist ved indgangen til supermarkeder og indkøbscentre pga. episoder, der kan ligge år tilbage. Men også i forhold til det offentlige sociale system og metadonsystemet. En kvinde fortæller med henvisning til sidstnævnte: »Jeg kan mærke det på min værdighed. Jeg føler jeg har overgivet mig til noget, som jeg i virkeligheden slet ikke skulle finde mig i. Jeg synes jeg er blevet sat i varetægt af nogle omgivelser, som jeg er utryk ved, som jeg ikke føler jeg kan stole på.«

Organiseringen og udleveringen af metadon foregår forskelligt. Åbnings-tiderne er ofte begrænsede til 2-3 timer om formiddagen. Især på de større klinikker, som har hundrede til flere hundrede indskrevne, opstår der ofte kø. Nogle steder har man markeret en diskretionslinje ud for disken, men lokalerne er sjældent indrettet med henblik på diskretion eller mulighed for anonymitet. Brugerens navn, medicintype og dosis såvel som forhandlinger om læge- og behandlertaler, doser og hjemtageordninger samt indkaldelse til urinprøver og bemærkninger til resultatet af tidligere urinprøver foregår ligesom selve metadonindtagelsen i det semi-offentlige rum. Metadon er ikke en privatsag, og det er der mange, der har det svært med. Bl.a. denne bruger, som betragter det som en tilbagevendende ugentlig ydmygelse at møde op klinikken: »Det er forfærdeligt at stå i den kø. Det er nedværdigende – det synes jeg. Det er så tarveligt over for os, at vi ikke kan få lov til at hente vores medicin privat, over for én person... at vise os lidt respekt. Nixen, vi står bare i en lang række og véd, hvem, og især hvad af ditten og datten hinanden får... Og hvad rager det dem, at jeg får 80 ml metadon...«

Brugerens oplevelser med og kritik af metadonsystemet møder ikke altid den store forståelse fra den professionelle models repræsentanter, fx når bekymringen for metadonens afhængighedspotentialer bringes på banen over for læger og klinikpersonale. Det samme gælder, når de beklager sig over at skulle møde op på klinikken hver dag eller i det hele taget komme på klinikken, stå i kø, konfronteres med personer, situationer og tilbud, som de allerhelst vil undgå. Således er reaktionen ikke sjældent ironi eller undren over, at brugerne ikke er mere tilfredse og/eller taknemmelige, som de følgende bemærkninger fra de professionelle illustrerer: »Hvordan kan folk, der er afhængige af heroin, bekymre sig om at blive afhængige af metadon?« »Hvorfor er det et problem at skulle hente sin metadon på klinikken, når man er vant til at opsøge tilfældige pushere og andre stofforhandlere? Der måtte man vel også sommetider vente på sin tur sammen med andre i samme situation.«

Afslutning

Med de ovenstående eksempler har jeg som sagt ønsket at pege på, at de ambivalente følelser, som brugerne omfatter metadonbehandlingen med, er en afspejling af samfundets ambivalente holdninger ikke bare til metadon, men også til metadonbrugerne selv.

Den form for morfinisme, som kendes fra slutningen af 1800-tallet og igennem første halvdel af 1900-tallet, blev overvejende betragtet som et medicinsk problem og dermed hverken som tegn på social eller kriminel afvigelse – uanset om morfinen eller andre lægemidler blev brugt for den euforiserende virknings skyld eller til at dulme problemer med. Mens datidens brugere havde en social slagside, der vendte opad, har brugergruppen efterfølgende været stærkt overrepræsenteret af brugere fra socialt ringe stillede familier og klasser. Disse senere generationer af stofmisbrugere har bl.a. også brugt stofferne til at dulme og/eller glemme svære opvækstbetingelser, personlige, psykiske og sociale problemer, arbejdsløshed m.m.. Samfundets interventioner synes imidlertid at have skabt nye og andre problemer, så det kan være vanskeligt at afgøre, om det er brugerne eller stoffernes illegale status, der skaber de største problemer.

Siden slutningen af 1960'erne og på baggrund af frygten for, at det moderne stofmisbrug havde en epidemisk karakter, er der som sagt udviklet en række strategier til at dæmme op for, forebygge og behandle stof(mis)brug. Velfærdsstatens måde at håndtere 'narkotikaproblemet' på har siden den tid været kendetegnet ved følgende model: Besiddelse og indtagelse af ulovlige – eller rettere sagt ulovliggjorte stoffer – anses for en kriminel handling, og her sætter retssystemet og fængselsvæsnet ind for at give »forbryderen« en lærestreg. Sundhedssystemets forsøger dels at forebygge – dels afbøde helbredsskader og behandle ud fra en sygdomsforståelse – og det sociale

behandlingssystem forsøger at socialisere, resocialisere – normalisere og integrere.

I en artikel fra 1997 med titlen Den fortsat modvillige hjælp? konkluderer Steffen Jöhncke, at metadonbehandlingssystemets ambivalente forhold til metadon består i, »at man på ét plan har erkendt nødvendigheden af at bruge stof (metadon) som hjælpemiddel, på et andet plan forsøger man af al magt at finde måder at lægge afstand til det på.« (Jöhncke 1997:13). Internt i metadonsystemet genfindes den ambivalente holdning til brugergruppen også og giver sig i praksis udslag i de kontrolforanstaltninger, som skal sikre, at metadonen ender og gør sin virkning i de rette kroppe.

I det hele taget er metadonbehandling ikke bare et felt, der syder af ambivalens, det er også konfliktfyldt. Men det er en anden historie, som bl.a. handler om, at brugerne ikke bare er passive og ambivalente ofre, hvilket ikke skal uddybes her. Det skal dog ikke være nogen hemmelighed, at brugernes modstrategier udvikles og trives i forsøget på at opnå eller bevare en vis kontrol og værdighed, hvor anderledes og irrationel den så kan tage sig ud i andres og samfundets øjne.

REFERENCER

- AA (1985): *Tolv Trin og Tolv Traditioner*. Alcoholics Anonymous World Service, Inc.
- AGAR, M. (1985): Folks and professionals. Different Models for the Interpretation of Drug Use. *International Journal of Addictions*. 20(1): 173-182.
- Alkohol- og Narkotikarådet (1984): *At møde mennesket hvor det er. Om behandlingen af stofmisbrugere*. København.
- ASMUSSEN, V. & H. DAHL (2002): Skadesreduktion som forebyggelse på stofmisbrugsområdet, *Nordisk alkohol- & narkotikadidsskrift*, 19(4): 249-261.
- ASMUSSEN, V. & S. JÖHNCKE (red.) (2004): *Brugerperspektiver. Fra stofmisbrug til socialpolitik*. Århus Universitetsforlag.
- ASMUSSEN, V. & T. KOLIND (2005): *Udvidet psykosocial indsats i metadonbehandling*. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
- BERRIDGE, V & EDWARDS, G. (1981): *Opium and the People. Opiate use in nineteenth-century England*. London/New York, Allen Lane/St Martin's Press.
- BOURGOIS, P. (1997): Disciplining Addictions: the bio-politics of methadone and heroin in the United States. In: *Culture Medicine and Psychiatry*, 24: 165-195.
- BOURGOIS, P. (1995): *In Search of Respect: Selling Crack in El Barrio*. New York: Cambridge University Press.
- CAPLEHORN, J, J. BELL, D. KLEINBAUM & V. GEBSKI (1993): Methadone Dose and Heroin Use During Maintenance Treatment. *Addiction* 88: 119-124.
- CHRISTIE, N. (2000): *Kriminalitetskontroll som industri*. Oslo: Universitetsforlaget.
- CHRISTIE, N. & K. BRUUN (1995): *Den gode fiende. Narkotikapolitikk i Norden*. Oslo: Universitetsforlaget.
- COHEN, P. (2000): Is the addiction doctor the voodoo priest of western man? *Addiction Research* 8(6).
- CONRAD, P. & J. W. SCHNEIDER (1992): *Deviance and Medicalization. From Badness to Sickness*. Philadelphia: Temple University Press.

- DAHL, H.V. (kommende): *Guds gave – Fandens værk? Perspektiver på metadon og metadonbehandling*.
- DAHL, H.V. (2004): Ilde hørt? Den larmende tavshed om etnografisk rusmiddelforskning. I: *Brugerperspektiver. Fra stofmisbrug til socialpolitik*, red. V. Asmussen & S. Jöhncke. Århus Universitetsforlag.
- DAHL, H. (1999): *Døgnbehandlingen på Kråsiglund: Minnesota-behandling i et tværfagligt miljø*. Center for Rusmiddelforskning. Aarhus Universitet.
- D'AUNNO, T. & T. E. VAUGHN (1992): Variations in methadone treatment practices. Results from a national study. In: *Journal of the American Medical Association*, 267(2): 253-258.
- DE QUINCEY, T. (1982): *Confessions of an English Opium Eater* [1822]. Penguin Books.
- DECORTE, T. (2001): Drug users' perception of 'controlled' and 'uncontrolled' use. *International Journal of Drug Policy* 12: 297-320.
- DOLE, V. P. & M. A. NYSWANDER (1965): A medical treatment for diacetylmorphine (heroin) addiction. In: *Journal of American Medical Association*, 193: 646-650.
- EGE, P. (2004): *Stofmisbrug og afhængighed. Hos unge og voksne*. København. Hans Reitzels Forlag.
- EGE, P. (2004): Udviklingstendenser i behandlingen. Evidens eller ideologi? *Stof*, nr. 15.
- EGE, P. (2000): *Vedligeholdelsesbehandling med metadon og andre medikamenter i Danmark*. www.metadon.org/publikasjoner/metadonkonferanse/rapport-2000/4_2.html.
- FARELL, M., WARD, J., MATTICK, R., WAYNE, H., STIMSON, G.V., DES LARLAIS, D., GOSSOP, M., STRANG J. (1994): Methadone Maintenance Treatment in Opiate Dependence: A Review. In: *British Medical Journal*. 309:997-1001.
- FRANTZSEN, E. (2001): *Metadonmakt. Møte mellom narkotikabrukere og norsk metadonpolitikk*. Oslo. Universitetsforlaget.
- Gads Rusmiddelleksikon* (1999): København: Gads Forlag.
- GERLACH, R. (2004): *A Brief Overview on the Discovery of Methadone*. INDRO eV Münster. www.indro-online.de/historymethadone.htm
- GOSSOP, M. (2000): *Living with drugs*. Aldershot: Ashgate.
- HAASTRUP, S. (1973): *Young Drug Abusers. 350 Patients Interviewed at Admission and Followed Up Three Years Later*. København. Munksgård.
- HELWEG, HJ. (1945): *Opium og Morfin. I: Stimulanser*, red. K.O Møller. København. Gyldendal.
- Indenrigsministeriet (1953): *Betænkning om misbrug af euforiserende stoffer*. København: Indenrigsministeriet.
- HOLSTEIN, B. & T. JERSILD (1976): 932 kriminelle stofmisbrugere – fem år efter. København: Kriminalpolitisk forskningsgruppe.
- JOSEPH, H., STANDCLIFF, S. & J. LANGROD (2000): Methadone Maintenance Treatment (MMT): A Review of Historical and Clinical Issues. *The Mount Sinai Journal of Medicine*. 67(5-6): 347-364.
- JOURDAN, M. (2003): Metadonbehandlingens ukendte foregangsmand. *Stof*, nr. 2.
- JÖHNCKE, S. (1997): *Brugererfaringer. Undersøgelse af brugernes erfaringer med behandling i de fire distriktscentre i Københavns Kommunes behandlingssystem for stofmisbrugere 1996-97*. København: Socialdirektoratet, Københavns Kommune.
- JÖHNCKE, S. (1997): Den fortsat modvillige hjælp? *Stof*, nr. 3.
- KOESTER, S., K. ANDERSON & L. HOFFER (1999): Active heroin Injectors' Perceptions and Use of Methadone Maintenance Treatment. *Substance Use and Misuse* 34(24): 2135-2153.
- Kontaktudvalget (1978): *Forebyggelse af alkohol- og narkotikamisbrug*. København: Kontaktudvalget vedrørende Alkohol- og Narkotikaspørgsmål.

- Kontaktudvalget (1979): *Metadon og stofmisbrugere*. København: Kontaktudvalget vedrørende Alkohol- og Narkotikaspørgsmål.
- LAURSEN, L. & J. JEPSEN (2002): Danish Drug Policy. An Ambivalent Balance between Repression and Welfare. *The Annals of the American Academy*. 582: 20-36.
- MARSCH, L.A. (1998): The efficacy of methadone maintenance interventions in reducing illicit opiate use, HIV, risk behaviour and criminality: a meta-analysis. In: *Addiction* 93(4): 515-532.
- McLELLAN, A.T. (2002): Have we evaluated addiction treatment correctly? Implications from a chronic care perspective. *Addiction* 97(3): 249-252.
- Metadoncirkulæret (1995): *Cirkulære om ordination af afhængighedsskabende lægemidler*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Metadoncirkulæret (2003): *Cirkulære om ordination af afhængighedsskabende lægemidler*. København: Sundhedsstyrelsen.
- MUSTO, D. F. (1973): *The American Disease. Origins of Narcotic Control*. London: Yale University Press.
- MØLLER, K.O. (red.) (1945): *Stimulanter*. København. Gyldendal.
- Narkotikaudvalget (1972): *Narkotikaproblemet til debat*. Socialdemokratiets Narkotikaudvalg.
- Narkotikarådet (1999): *Skadesreduktion*. Narkotikarådets skadesreduktionsgruppe. København. Socialministeriet.
- NIMB, M. (1975): *Misbrug af euforiserende i Danmark i 1950'erne med efterundersøgelse i 1972*. Danmark. Villadsen & Christensen.
- PALMER, C. & M. HOROWITZ (1982): *Shaman Woman, Mainline Lady. Women's Writings on the Drug Experience*. Qill: New York.
- PEDERSEN, M.U. (2005): *Heroin-afhængige i metadonbehandling*. Den medicinske og psykosociale indsats. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
- PEDERSEN, M.U. (2000): *Stofmisbrugere før, under, efter døgnbehandling*. Aarhus Universitet. Center for Rusmiddelforskning.
- PEDERSEN, M.U. (2001): *Substitutionsbehandling. Organiseringer, stofmisbrugere, effekter, metoder*. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
- PEDERSEN, M.U., C. RASK, G. THYME & H. DAHL (1997): *Døgnbehandlingsindsatsen på Opbygningsgården, Hjulsøgård, Kråsiglund og Gunderuplund*. Aarhus Universitet: Center for Rusmiddelforskning.
- PEELE, S. (1990): Addiction as a Cultural Concept. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 602, 205-220.
- PONTOPPIDAN, K. (1883): *Den Kroniske Morfinisme*. Thesis. København.
- Regeringen (2003): *Kampen mod narko – handlingsplan mod narkotikamisbrug*. Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
- ROSENBAUM, M. (1985): A matter of style: variations among methadone clinics in the control of clients. In: *Contemporary Drug Problems*, Fall, 475-399.
- RUBIN, V. D. & L. COMITAS (1975): *Ganja in Jamaica: A Medical Anthropological Study of Chronic Marijuana Use*. The Hague: Mouton.
- SOLOMON, D., red. (1966): *The Marijuana Papers*. New York: The Bobbs-Merrill Company, Inc.
- STRÖMGREN, E. (1946): Alkoholisme, Narkomani, Eufomani. I: *Sjælens Lægebog*. København. Jespersens og Pios Forlag.
- Sundhedsstyrelsen (1968): *Rapport fra Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe vedrørende misbrug af euforiserende stoffer blandt ungdommen*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen (2004): *Narkotikasituationen i Danmark. Årsrapport til det europæiske overvågningscenter for narkotika og narkotikamisbrug*. EMCDDA. København: Sundhedsstyrelsen.

- Sundhedsstyrelsen (2001): *Sundhedsstyrelsens Alkohol og narkotikastatistik*. København: Sundhedsstyrelsen.
- VOLKOW, N. (2003): *The addicted brain: Why such poor decisions?* NIDA Notes, 18
- WINSLØW, J. H. (1984): *Narreskibet – en rejse i stofmisbrugerens selskab fra centrum til periferi af det danske samfund*. Holte: SocPol.
- WINSLØW, J.H. (1985): *Kriminaliseringens sociale konsekvenser. I: Narkotika og kontrolpolitik*. Seminarrapport. Stockholm: Nordiska Rådet.